

Digital Health in der Covid-19 Krise (3) - was nun verbessert werden sollte

Autoren : Friederike J. S. Thilo, Reinhard Riedl

Datum : 4. September 2020



Während des Lockdowns wurden in vielen Ländern positive Erfahrungen mit Digital Health gemacht (Atique et al., 2020). Wir sollten die angestossene Entwicklung unbedingt weiterführen. Dies bedeutet konkret:

- 1. Integration von telemedizinischen Leistungen in die konventionelle Gesundheitsversorgung:* Überall dort, wo der Verzicht auf physische Präsenztermine die Qualität der Gesundheitsversorgung nur marginal mindert, aber deren Nachteile (Ansteckungsgefahr im Wartezimmer, Aufwand für die Anreise für Patient*innen oder umgekehrt für Gesundheitsfachpersonen, etc.) eliminiert, sollten die Präsenztermine durch telemedizinische Leistungserbringung ersetzt werden. Dort, wo physische Präsenztermine notwendig sind, können diese nachgeholt oder telemedizinische Konsultationen mit physischen Konsultationen alternierend durchgeführt werden.
- 2. Besseres Zeitmanagement im Wartezimmer:* In manchen Arztpraxen ist üblich, dass Patient*innen trotz Termin 1 bis 3 Stunden Wartezeit in Kauf nehmen müssen. Dieses Problem kann – und muss – durch eine adäquate Planung entschärft werden.

3. *Outsourcen von Messungen zu Apotheken und zu Patient*innen:* Viele Messungen, beispielsweise Blutdruck, Blutzucker oder Urinwerte, müssen und sollen nicht in medizinischen Versorgungseinrichtungen vorgenommen werden. Die Weiterentwicklung der Messgeräte erlauben eine Verlagerung der Messungen näher hin zu den Patient*innen.

4. *Umfassende digitale Kommunikation entlang aller in die Behandlungskette Involvierten:* Dass Informationen physisch von Patient*innen weitergetragen werden müssen ist nicht mehr zeitgemäss. Ein erster Schritt zum Abbau dieser Praktiken des 19. Jahrhunderts ist die e-Medikation.

5. *Involvierung der Patient*innen / Kund*innen in die Datensammlung zum gesundheitlichen Zustand und Verlauf:* Gesundheitsfachpersonen sollen entsprechende (webbasierte) Applikationen anbieten, damit die Patient*innen / Kund*innen vor einer telemedizinischen Leistung oder einem physischen Präsenztermin oder in der Verlaufskontrolle selbst Daten zu ihrer Gesundheit, ihren Symptomen oder Messwerten eingeben können. Damit kann nicht nur Zeit der Gesundheitsfachperson eingespart werden, sondern diese kann unmittelbar die gesundheitliche Situation einschätzen.

6. *Remote-Einbezug von Expertisen in die Behandlungspraxis:* Digitale Werkzeuge erlauben es, Expert*innen bei schwierigen Diagnosen oder Therapientscheiden von auswärts zuzuziehen. Dies ermöglicht unter anderem eine wohnortnahe medizinische Versorgung ohne Qualitätsrisiken für Patient*innen und kann die Diagnosestellung wesentlich beschleunigen.

Der Lockdown hat uns aber auch daran erinnert, dass viele Hausaufgaben der Digitalisierung des Gesundheitswesens noch nicht zufriedenstellend erledigt wurden. Notwendig ist insbesondere:

7. *Aufbau einer effizienten und präzisen Informationsverarbeitung im Pandemiefall:* Die Informationsaufbereitung basiert derzeit zu einem Teil auf historisch gewachsenen Organisationsstrukturen. Sie nutzt das Potential der Informationstechnologien zur systemweiten Verarbeitung verteilt entstehender Informationen nicht, obwohl entsprechende Lösungen in anderen Bereichen seit zwei Jahrhunderten in Gebrauch sind. Diese adäquat angepasst einzusetzen würde Kosten sparen, die Informationsqualität verbessern und gezieltes Reagieren auf die Ausbreitung von Infektionsherden ermöglichen.

8. *Beseitigung der Medienbrüche und Sicherstellung von weitgehender Interoperabilität im Gesundheitswesen:* Medienbrüche reduzieren die Effizienz so stark, dass dies in der Praxis zu einem Leistungsabbau zu Lasten der Patient*innen führt. Mögliche Kooperationen zwischen Leistungserbringern werden blockiert, weil die benutzten Informationsverarbeitungssysteme nicht interoperabel sind. Diese Probleme können nur beseitigt werden, wenn alle Fachdisziplinen und alle Rollen zum Nutzen der Patient*innen an einem Strang ziehen und eine digitale Integration der Informationsflüsse unterstützen.

9. *Ersetzen von Textwüsten durch konsistent generierte semistrukturierte Daten:* Die Dokumentation von Behandlungen ist in mehreren Gesundheitsfachberufen und aus unterschiedlichen Gründen sehr suboptimal – von den langen Textberichten der Pflege über die

Nichtdokumentation von Diagnosen in der praktischen Medizin und die unverständlichen Arztbriefe und Abrechnungen bis zu den pdf-Friedhöfen in den Patientendossiers Das verursacht unnütze Zeitaufwände und blockiert die Informationsnutzung in Teilen gänzlich. Hier können sowohl digitale Übersetzungswerkzeuge als auch geänderte Informationserzeugungspraktiken wesentliche Verbesserungen bringen.

10. Breiter Einsatz intelligenter digitaler Werkzeuge: Digitale Werkzeuge können die Arbeit von Gesundheitsfachpersonen in vielerlei Hinsicht unterstützen und sie dazu befähigen, Patient*innen effektiver zu behandeln – vom Sanitätswesen über Allgemeinmedizin bis hin zur Spitzenmedizin bei sehr schweren Erkrankungen und weiteren gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Notwendig ist, dass Institutionen und Fachpersonen am Ball bleiben, sich weiterbilden und ihre Praxis weiterentwickeln.

11. Aufbau, Förderung und Aktualisierung von digitalen Kompetenzen: Sowohl Gesundheitsfachpersonen als auch Patient*innen/Kund*innen/Bewohner*innen müssen adäquate digitale Kompetenzen aufweisen. Gesundheitsfachpersonen müssen diese durch entsprechende (online) Schulungsangebote aufbauen, weiterentwickeln und stetig aktualisieren, damit sie wiederum ihre Patient*innen/Kund*innen/Bewohner*innen in einer zielorientierten und mit Mehrwehrt verbunden Nutzung von digitalen Werkzeugen befähigen können.

12. Forcierter Ausbau der Krankheitsregistern: Digitale Krankheitsregister sind wertvolle Informationsquellen für die Forschung und die Weiterentwicklung der personalisierten Präzisionsmedizin. Sie bilden ein wichtiges Fundament der evidenzbasierten Medizin und sind auch für die Planung der Gesundheitsressourcen von grosser Bedeutung. Deshalb sollte ihr Ausbau engagiert vorwärts getrieben und finanziell unterstützt werden.

Der Lockdown hat uns auch daran erinnert, dass in einigen Bereichen praktikable Lösungen fehlen – insbesondere dafür, wie vorhandene Daten vernünftig genützt werden können. Teils werden diese aus Gruppeninteressen mit falschen Vorwänden blockiert, teils gibt es entweder keinen Konsens oder keine technischen Lösungen. Diese Probleme müssen angegangen werden.

*13. Klärung der Ängste von Ärzt*innen und anderen Gesundheitsfachpersonen vor zu viel Transparenz:* Häufig wird Datenschutz für die Gesundheitsfachpersonen gemeint, wenn der Datenschutz für die Patient*innen angemahnt wird. Oder es geht um finanzielle Entschädigungen, wenn über die Qualität von Behandlungsmethoden gesprochen wird. Es ist deshalb dringend notwendig über die wahren Gründe zu reden, warum die Digitalisierung zum Wohle der Patient*innen oft genau von jenen blockiert wird, die ihr ganzes Berufsleben eben diesem Wohle widmen.

14. Entwicklung von praktikablen Governance-Konzepten für den Umgang mit personenbezogenen Gesundheitsdaten: Informationen sind mit die wertvollsten Assets für Forschung, Praxis und Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen. Trotzdem kommen wir bei der Informationsnutzung kaum weiter. Es braucht klare Regeln für den Umgang mit personenbezogenen Gesundheitsdaten, welche Chancen nutzen und Risiken minimieren. Diese Regeln müssen sich am Stande der Technik und am Nutzen für die Patient*innen

orientieren, nicht an den Sicherheitsbedürfnissen der Verantwortlichen oder an ideologisch formulierten roten Linien.

15. Weitentwicklung von technischen Lösungen zur Wahrung der Privatsphäre: Wir benötigen technische Lösungen, welche Datenmissbrauch maximal erschweren und genau dadurch den Weg frei machen für eine effektive Nutzung des Potentials der personenbezogenen Gesundheitsdaten.

Darüber hinaus gibt es Themen, die schon lange in unserem Bewusstsein sind und noch lange bleiben werden. Wir sollten sie auch in der aktuellen Gesundheitskrise weiterverfolgen:

16. Förderung der fachdisziplinenübergreifenden Zusammenarbeitsprozesse: Informationsflüsse benötigen neben Datenflüssen auch den direkten Austausch. Oft ist der physische Austausch sogar Voraussetzung für die effektive Nutzung digitaler Kommunikationsmittel. Dieser physische Austausch braucht passende Organisationsstrukturen und Prozesse. Primärversorgungseinheiten mit möglichst vielen vor Ort präsenten Gesundheitsfachberufen sind ein Beispiel, wie man grosse Schritte nach vorne machen kann.

17. Gemeinsame Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe: Die Blockaden der Informationsflüsse im Gesundheitswesen können nur durch Engagement aller Involvierten überwunden werden. Diese müssen sich gegenseitig als nützlich und wertvoll wahrnehmen, damit sie sich für blockadefreie Informationsflüsse tatsächlich einsetzen. Gemeinsame Ausbildungen fördern sehr effektiv die notwendige gegenseitige Wertschätzung.

Literatur

1. Atique, S., Bautista, J.R., Block, L.J., Lee, J.J., Lozada-Perezmitre, E., Nibber, R., O'Connor, S., Peltonen, L.-M., Ronquillo, C., Tayaben, J., Thilo, F.J.S. and Topaz, M. (2020), A nursing informatics response to COVID-19: Perspectives from five regions of the world. J Adv Nurs. doi:10.1111/jan.14417